

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933.

N° 381

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

LANGER Markus

Né le 29 Octobre 1902, à Stara-Wies-ad-Drohobycz (Pologne)

**COLITES AIGUËS
POST-OPÉRATOIRES**

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS, PARIS (5^e)

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

LANGER Markus

Né le 29 Octobre 1902, à Stara-Wies-ad-Drohobycz (Pologne)

COLITES AIGÜES POST-OPÉRATOIRES

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS, PARIS (5^e)

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOLLETT.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEIARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	GOUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAIQUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BROcq	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili-
VALLÉRY-RADOT	[graphie.
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
RETTÉTER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire ..	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Educztion physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

ARMES ROYALES DE FRANCE — 1792 — 1795 — 1796 — 1797 — 1798

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*qui eurent une passion : l'amour de leurs
enfants ; un seul but : leur succès, j'offre
ce travail et y joins toute ma vénération
et toute ma gratitude.*

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

En témoignage de mon amour fraternel.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR V. BODIN

Ingénieur des Arts et Manufactures
Directeur de Lab. O.S.P.C. de France
Croix de Guerre

A MON AMI MONSIEUR P. VOGGIN

E. S. O.

A MONSIEUR ET MADAME J. BRUYÈRE

A MONSIEUR GAILLARD Ing. E.S.

ET A MONSIEUR DUVAL

*Dont je n'oublierai jamais les marques
de sympathie qu'ils m'ont témoignées en
toutes circonstances.*

*Je les remercie de tout mon cœur et les
assure de mes sentiments les meilleurs.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Professeur de Gynécologie de la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Académie

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de notre
thèse, hommage respectueux.*

A. M. LE DOCTEUR A. SCHWARTZ

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Qui a été l'inspirateur de ce travail, en
témoignage de notre respectueuse recon-
naissance et de nos sincères remerciements.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur RATHERY
M. le Professeur LEREBOULLET
M. le Professeur TEISSIER (*in memoriam*)
M. le Professeur GUILLAIN
M. le Professeur LEGUEU
M. le Professeur CLAUDE
M. le Professeur LEMAITRE
M. le Professeur TERRIEN
M. le Docteur LOUSTE
M. le Docteur CHIRIE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN

INTRODUCTION

Le but de la présente thèse est d'attirer l'attention sur les complications colitiques qui peuvent survenir dans les suites opératoires immédiates de toute intervention portant sur l'abdomen et en particulier après l'appendicectomie.

Cette complication présente un intérêt pratique considérable. Méconnue, elle peut faire errer le diagnostic et le traitement, causer ainsi des accidents parfois très sérieux.

A côté de la forme décrite par notre Maître A. Schwartz et qui est l'objet principal de notre thèse, nous avons étudié brièvement une colite post-opératoire grave, signalée par quelques auteurs français et étrangers.

Nous n'avons pas la prétention d'étudier cette question dans sa totalité. De nombreux points étiologiques et pathogéniques restent obscurs et demandent une étude beaucoup plus approfondie.

C'est notre Maître M. Schwartz qui nous a proposé ce sujet et qui nous a facilité la tâche par ses conseils bienveillants, et c'est dans son service de l'Hôpital Necker que nous avons eu l'occasion d'observer un cas de colite aiguë post-opératoire. Qu'il

veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A M. J. Gorse, interne des Hôpitaux de Paris et à tous ceux qui nous ont aidé dans ce travail, nous adressons nos remerciements les plus sincères.

HISTORIQUE

Lorsqu'on parcourt la littérature, se rapportant aux colites post-opératoires, on se rend facilement compte, que les différents auteurs étudient sous ce nom les différentes formes des troubles colitiques post-opératoires.

Il y manque une étude d'ensemble. Nous ne faisons que citer le travail de Mathieu et Savignac, qui ont étudié les troubles intestinaux consécutifs à la gastro-enterectomie.

C'est surtout en Allemagne, que quelques auteurs ont insisté sur une colite post-opératoire bien spéciale. Le travail de Goldschmidt et Mulleder résume cette question. En 1906 Auchutz public deux cas, où les colites se sont installées sept et dix jours après une intervention intestinale.

Troell, Finsterer et d'autres ont plus tard étudié cette question. En 1920 Bierende rapporte sept cas, Goldschmidt et Mulleder dix cas des colites, survenant presque exclusivement à la suite d'une gastro-enterectomie. Cette complication est essentiellement caractérisée par la diarrhée. Son pronostic est grave. L'examen anatomo-pathologique montre des lésions nécrotiques au niveau du colon. Tout dernièrement notre maître le Dr. Schwartz a rappor-

té plusieurs observations de colites, survenant dans la majorité des cas après une eppendicectomie. Elle est bien différente de la première forme (diarrhémique).

Cette première forme est caractérisée par une douleur particulière et par une température élevée ; cette complication est d'un pronostic bénin.

Ajoutons, qu'en 1930, Girault a publié cinq observations sur certaines conséquences d'appendicectomie chez les colitiques dont quelques-unes se rapprochent de celles de notre Maître M. Schwartz.

ETIOLOGIE

Si la question des colites post-opératoires est relativement simple en ce qui concerne les signes cliniques, l'évolution et le diagnostic, elle se complique par contre dès qu'on se propose d'étudier les facteurs étiologiques.

Sur cette question les avis des auteurs sont partagés. Nous en citerons les plus importants et insisterons sur quelques points qui semblent à l'heure actuelle être bien établis.

Nos observations avant tout concernent les appendicites. Les auteurs français et allemands en ont observé après gastro-entérectomie.

Il y a pour commencer la notion d'une intervention abdominale. Mais l'intervention peut-elle à elle seule provoquer une colite post-opératoire, autrement dit l'intervention est-elle le facteur étiologique unique et suffisant pour provoquer cette colite ?

Il est évident que l'intervention par elle-même n'est pas le facteur dominant d'une telle complication ; elle n'est que la cause occasionnelle, il reste à chercher les facteurs déterminants.

D'abord indiquons les affections ayant causé l'intervention après laquelle on observe les colites. Ce

sont avant tout les appendicites, soit aiguës, soit chroniques.

1° Après appendicectomie :

a) Appendicite aiguë. Dans ce cas les symptômes de la colite post-opératoire sont en partie noyés par ceux de l'affection initiale, néanmoins on s'étonne de ce que la température ne fait pas rapidement sa défervescence, de ce que les douleurs abdominales persistent.

b) Appendicite chronique. C'est dans ces cas que l'on peut moins difficilement prévoir et expliquer la colite post-opératoire.

1. En effet, l'appendicite chronique se rencontre simultanément avec la colite chronique surtout droite. Dans ce cas, il est bon de différer l'intervention et de soigner la colite jusqu'à ce que tous ses signes aient disparu, sinon on s'expose à la complication qui nous occupe (Observ. V).

2. Ou bien, la colite est larvée ; ses signes sont frustes et le médecin non prévenu n'en recherche pas les signes qui d'ailleurs dans ce cas sont très discrets et ce n'est qu'ultérieurement, que l'apparition de la colite aiguë post-opératoire permettra rétrospectivement de faire prendre toute leur valeur à de petits symptômes, négligés, qui pourtant unilatéraux déjà avant l'intervention, plaident en faveur d'une colite bâtarde.

3. Enfin, il faut le dire, il est des cas où n'exis-

taît vraiment aucun signe clinique net de colite.

Mais il faut bien savoir qu'elle peut se manifester également après d'autres interventions abdominales.

Ainsi nous sommes amenés à nous demander s'il n'y avait pas chez nos malades des facteurs prédisposants. Puisqu'il s'agit de colite post-opératoire il est indispensable de rechercher un passé colitique chez ces opérés.

Girault a publié plusieurs observations ayant trait aux conséquences d'appendicectomie chez les colitiques. Or, la colite qui survient après l'opération chez ces malades a beaucoup de points communs avec la colite décrite par le Dr. M. Schwartz.

Dans quelques observations de notre Maître M. Schwartz la notion d'une colite antérieure à l'intervention est évidente.

Nous ne pouvons faire mieux que de citer M. Schwartz. Mais ce qu'il faut surtout noter, c'est que l'éclosion d'une colite post-opératoire est presque toujours, sinon toujours, le témoignage de l'existence d'une colite antérieure, souvent ignorée du malade et du chirurgien.

En résumé, le premier point, le point capital dirions-nous, c'est la notion d'une colite, avérée ou ignorée, antérieure à l'intervention.

Quoiqu'il en soit, mais surtout dans les cas où il n'y a aucun signe net de colite, il faut faire intervenir d'autres facteurs, qui provoqueraient une irri-

tation accidentelle du colon. Notre Maître M. Schwartz insiste avant tout sur deux facteurs :

a) purgation pré ou post-opératoire.

b) régime alimentaire institué après l'opération.

La purgation pré ou post-opératoire : « Les facteurs étiologiques les plus fréquents, — écrit cet auteur — au début de ma carrière, était la purgation pré ou pos-opératoire. Depuis que j'ai supprimé la purgation, la complication colitique est devenue chez mes opérés extrêmement rare ». Rössle (cité par Bierende) est d'avis que les lavements pré ou post-opératoire de glycérine sont capables de provoquer une lésion du colon, allant jusqu'aux colites nécrotiques chez les sujets prédisposés. Cette opinion de Rössle est mise en doute par Bierende. Quoiqu'il en soit il semble bien logique d'admettre qu'une purgation ou même certains lavements puissent provoquer l'irritation de l'intestin d'autant plus que l'intestin par le fait même de l'intervention se trouve dans des conditions spéciales, il est en quelque sorte, dans un état de moindre résistance. Il s'agit en outre de sujets qui ont un passé colitique et qui sont par conséquent prédisposés à cette complication.

Le régime alimentaire institué après l'opération :

« J'ai constaté, écrit M. Schwartz, que le lait ou un fruit cru ou même une alimentation normale trop précoce pouvait provoquer la crise, et après

l'intervention abdominale, en particulier une appendicite, je suis particulièrement sévère pour la question alimentaire ».

Girault croit également que, au moins en ce qui concerne les diarrhéiques, la crise survienne à l'occasion de l'inobservance d'une diète « qu'ils ont d'autant plus vite oubliée qu'ils s'en sont crus affranchis d'une façon définitive grâce à l'opération ».

ETUDE CLINIQUE

Début : La colite post-opératoire survient dans la grande majorité des cas entre le troisième et le quatrième jour. Mais elle peut aussi débiter plus tôt — le deuxième jour — et comme plus tard. Il n'est en effet pas tout à fait exceptionnel de la voir apparaître le sixième, le dixième, voir le quinzième jour après l'opération.

Le premier symptôme en date est généralement constitué par la douleur.

Caractère de la douleur : elle est intermittente à type de coliques. Il est aisé de se rendre compte qu'elle survient au passage des gaz dans le colon. L'intensité de la douleur est assez variable, tantôt peu intense, elle prend dans certains cas une intensité telle, qu'on est obligé de recourir à la médication opiacée. Le siège de la douleur est également variable. Elle est généralement diffuse. Le malade se plaint de tout le ventre. Toutefois, il arrive qu'elle soit vive au niveau du trajet colique. On note rarement des irradiations précises. Notre Maître le Dr. Schwartz ne les a pas notées dans les observations. M. Girault les a observées à plusieurs reprises. Il a décrit des irradiations au bas ventre, des irradiations lombaires, etc. Mais il est probable qu'il s'agisse là d'un facteur surajouté.

Douleurs provoquées : à la palpation, c'est au niveau du trajet colique que la douleur présente son maximum d'intensité. D'après notre Maître M. Schwartz on l'obtiendrait tout particulièrement sur le sigmoïde.

Si nous avons insisté sur le caractère de la douleur spontanée ou provoquée, c'est parce que, nous le répétons, la douleur constitue le premier signe en date de la complication intestinale post-opératoire, elle est même pourrions-nous dire, le symptôme révélateur de cette complication. Notre maître M. Schwartz dit très justement : « Lorsque la douleur des gaz, après une opération d'appendicite ou une intervention abdominale quelconque se prolonge de façon anormale, il faut se méfier de la colite post-opératoire. Notons tout de suite que la douleur est aussi le symptôme qui disparaît en dernier lieu.

La température : à côté de ce symptôme capital de la douleur, il y a un autre signe positif non moins constant, nous voulons parler de l'élévation de la température. La température qui monte brusquement est plus ou moins marquée. Généralement entre 38°-39°, elle peut atteindre dans certains cas 40°. Elle disparaît rapidement, parfois déjà au bout de quelques heures, comme c'est le cas dans quelques-unes de nos observations. Toutefois il y a lieu de faire une réserve. La température peut persister, elle est de type oscillant, variant de 3 à 5/10 du matin au soir, elle tend ensuite à baisser en lysis.

Le pouls suit généralement la température. Il est bien frappé, jamais filant.

Voilà donc la triade symptomatique : la douleur en rapport avec le passage des gaz, température élevée et de courte durée, pouls rapide en rapport avec la température, mais bien frappé.

Un autre signe constant et extrêmement important est fourni par la persistance de l'évacuation des gaz et l'on ne manquera pas de vérifier ce symptôme dont on accorde une grande importance pour le diagnostic.

A côté de ces signes capitaux et constants il faut noter un certain nombre de symptômes inconstants et inondains. Les vomissements sont tout à fait exceptionnels. Notre maître M. Schwartz l'a vu une fois chez une petite fille de six ans. De même on observe rarement des nausées.

Selles : il y a parfois de la constipation. Girault l'a signalée dans quelques observations. Notre Maître Schwartz l'a observée chez beaucoup de ces malades. Mais elle est loin d'être la règle. Les malades ont fréquemment une selle spontanée. Il y a parfois même de la diarrhée qui peut être fétide, comme c'est le cas de notre observation (IV). Nous faisons remarquer que c'est là la forme observée et décrite tout dernièrement par notre maître M. Schwartz. D'autres auteurs ont étudié une variété, où la diarrhée constitue justement le signe principal de colie post-opératoire. Nous la décrirons plus tard. Parmi les signes négatifs nous signalerons l'ab-

sence de contractures de la paroi abdominale. C'est un signe négatif très précis pour le diagnostic. Il en est de même de la conservation d'un bon faciès qui persiste avec les signes fonctionnels et la température.

Ainsi la colite post-opératoire décrite par notre Maître M. Schwartz et qui fait l'objet de notre thèse est caractérisée par :

1. L'apparition dans les deux premières semaines après l'intervention d'une douleur généralement intense de tout l'abdomen, douleur qui à la pression se montre particulièrement vive au niveau du trajet colique.

2. L'élévation brusque de la température, qui après avoir atteint 39° , parfois 40° disparaît généralement au bout de 48 heures.

3. L'accélération du pouls qui suit la température et reste bien frappé.

4. La persistance de l'évacuation des gaz, l'absence de toute contracture de la paroi et la rareté des vomissements.

Evolution : la température qui s'est élevée, nous l'avons vu, brusquement, tombe le deuxième ou le troisième jour en lysis. Le pouls se ralentit parallèlement, mais la douleur premier symptôme en date persiste même quand la température est revenue à la normale. Cette complication évolue généralement en trois ou cinq jours. Elle est exceptionnellement plus longue. Une des malades de Bierende a fait une rectite 15 jours après la première colite post-opéra-

toire. Cette rechute semble être due à un écart de régime. En effet nous tenons à préciser que cette évolution bénigne de colite post-opératoire dépend du traitement que l'on institue. Il suffit d'un écart de régime, d'une médication inopportune, pour faire persister la température, exagérer la douleur, aggraver et prolonger en un mot l'évolution de la poussée, ou bien encore, dans le cas où cette poussée est terminée, de provoquer une rechute, comme c'est le cas de l'observation (IV).

Le pronostic de cette forme est essentiellement bénin à condition qu'on institue un traitement approprié pendant la poussée et un régime pendant quelque temps après la disparition des phénomènes aigus.

Forme dysenteriforme : nous allons maintenant résumer le tableau clinique de cette autre forme de colite post-opératoire et qui est essentiellement caractérisée par la diarrhée. Goldschmidt et Muller font remarquer que c'est la diarrhée qui leur fait penser à une complication intestinale post-opératoire. D'autres auteurs allemands se prononcent dans le même sens. Pour pouvoir parler de diarrhée il faut, d'après les auteurs cités, que le malade ait au moins trois selles par jour, dans les jours ou semaines qui suivent l'intervention. Goldschmidt et Bierende publient dix observations de colites post-opératoires après une gastro-enterostomie. Dans leur observation on peut résumer le tableau clinique de la façon suivante : le deuxième, troisième, douzième

jour, dans certaines observations trois semaines après l'intervention s'installe la diarrhée. Le nombre de selles par 24 heures varie et peut atteindre 20. Les matières molles, liquides, parfois glaireuses sont généralement plus ou moins sanguinolentes. Le tableau clinique est inquiétant et rappelle en tous points celui de la dysenterie. Des ténésmes accompagnent l'émission de matières. Les auteurs insistent sur la gravité de ces accidents. Trois cas ont évolué vers la mort en une à trois semaines. Dans les autres cas, le nombre des selles diminue de plus en plus, le ténésme disparaît.

Citons pour mémoire des complications post-opératoires les deux formes de Mathieu et Savignac :

1. Forme diarrhéique ;
2. Forme entero-dyspéptique.

Nous ne pouvons guère tenir grand compte des observations de ces auteurs, parce qu'elles s'adressent à des complications tardives.

Disons pour terminer un mot sur l'examen bactériologique. Notre Maître le Dr. Schwartz a pratiqué plusieurs examens bactériologiques des urines, prises dans la vessie et il insiste sur la présence abondante de colibacilles et des entérocoques.

Aussi Girault insiste sur la présence des mêmes microbes. Goldschmidt et Mulleder trouvent dans les matières fécales des colibacilles, mais ils insistent surtout sur la fréquence de bacilles fécalis alcaligènes. Ces données sont extrêmement impor-

tantes pour l'étude de la pathogénie des colites post-opératoires.

Evolution de la forme grave (dysenteriforme). Tous les auteurs qui ont étudié cette forme insistent sur sa gravité. Nous avons vu, que Goldschmidt et Mulleder ont eu trois décès sur dix cas, ce qui fait 30 %. Les autres auteurs donnent sensiblement le même pourcentage. La mort survient, comme nous l'avons déjà dit, une à trois semaines après le début de la complication. La diarrhée s'aggrave, le pouls devient plus rapide, l'amaigrissement s'installe.

Dans les cas qui guérissent, les symptômes s'amendent au bout d'une, deux, trois semaines (parfois davantage). Le tableau clinique est très inquiétant dans presque tous les cas. Le pronostic de cette colite est donc beaucoup plus sombre que celui de la forme précédente.

Nous faisons remarquer que cette colite n'a pas été encore suffisamment étudiée. Il est par conséquent extrêmement difficile de la comparer à la forme bénigne, étudiée par notre maître le Dr Schwartz.

Pourquoi l'une est-elle bénigne, l'autre grave ? S'agit-il du même processus morbide ? Pour le moment nous dirons simplement, que cette forme grave a été décrite avant tout dans le cas de gastro-entérestomie, tandis que la forme bénigne a été observée surtout après des appendicectomies ou autres interventions relativement simples.

DIAGNOSTIC

Diagnostic positif. Le diagnostic positif de la forme bénigne se fera sur la triade symptomatologique : douleur spéciale, intermittente en rapport avec le passage de gaz, température élevée, pouls rapide qui suit la température. On attachera une grande importance à la persistance de l'évacuation des gaz, à l'absence des vomissements au moins dans la majorité des cas, ainsi qu'à l'absence de toute contracture de la paroi abdominale.

La recherche de la bactériurie (colibacille et entérocoque) sera utile au diagnostic.

Ainsi résumé, on voit que le diagnostic des colites post-opératoires ne présente pas de grandes difficultés. Il suffit en général de penser à la possibilité d'une telle complication pour éviter toute erreur.

Diagnostic de la forme grave. (dysenteriforme). Le diagnostic de cette forme grave se fait sur l'existence de la diarrhée. Ici aussi la notion d'une intervention sera d'un grand recours. Tous les auteurs qui ont étudié cette complication disent n'avoir fait des erreurs de diagnostic qu'au moment où ils ne connaissaient pas encore la colite post-opératoire. Même au point de vue anatomo-pathologique les deux affections se présentent comme nous le mon-

trérons plus loin exactement de la même façon. La notion d'une intervention antérieure et l'absence de bacilles dysentériques permettent seules de faire le diagnostic.

Diagnostic différentiel : se fera différemment suivant la date d'apparition des symptômes.

1. Si le début a lieu le lendemain ou dans les trois jours qui suivent l'intervention, on risque de faire passer les douleurs sur le compte d'une simple réaction abdominale, provoquée par les gaz et l'élévation thermique semble indiquer une complication pulmonaire. Mais s'il n'y a ni dyspnée, ni toux et l'examen physique demeurant négatif, on pense à la colite dont on cherche alors mieux les signes.

2. On peut encore penser, si les douleurs sont assez accusées, à la possibilité d'une péritonite par perforation du moignon appendiculaire, mais on ne trouve nulle part de contracture, les gaz sont évacués normalement, le faciès reste bon. Tous ces signes attestent l'intégrité péritonéocœcale.

3. Si la complication survient au sixième ou huitième jour, il est permis, devant les douleurs, et la température de penser à la possibilité d'un abcès de la paroi et si l'examen de la plaie ne révèle aucune rougeur, pas d'œdème ni de douleur localisée, si la traction d'un crin suivie de pression sur la cicatrice ne fait pas sourdre de pus, on cherche alors ailleurs la cause des signes alarmants ; il est dès lors facile de la déceler.

4. Dans les formes graves, la diarrhée plus ou moins intense attire de suite l'attention sur le tube digestif et il n'est pas possible de songer à autre chose qu'à une complication intestinale ; au surplus elles ne sont pas fréquentes.

Diagnostic étiologique. Ce diagnostic n'a qu'un intérêt du point de vue de la médecine générale, il est juste de le rechercher du côté de celui de l'affection causale ou d'énumérer le rôle des microbes saprophytes intestinaux, c'est ce que nous étudions dans un autre chapitre.

PATHOGÉNIE

Il faut envisager deux cas différents, suivant qu'il y avait ou non avant l'intervention une colite cliniquement décelable.

1. Il existait de la colite : Dans ce cas l'intervention si minime soit-elle détermine un choc à la fois général et local, mettant le sujet et l'intestin dans un état de moindre résistance, il y a exaltation des germes déjà en cause qui produit une poussée nouvelle de la colite préexistante. L'expérience a depuis longtemps démontré que dans ces cas il fallait d'abord traiter le colite, puis intervenir.

2. Il n'existait pas de colite chirurgicalement décelable : Dans ce cas plusieurs hypothèses peuvent être admises pour expliquer la colite. On peut faire intervenir :

a) le choc opératoire exaltant la virulence microbienne ;

b) les prédispositions en particulier la constipation. La stase du contenu intestinal favorise la prolifération de la flore intestinale et en particulier du colibacille et en outre permet le passage des germes à travers la muqueuse. Goldschmidt et Mulleder qui ont étudié la forme grave (dysentérique) de colite

post-opératoire attachent une importance capitale à la transformation de la flore microbienne et à l'exaltation de la virulence du bacille fécalis alcaligène ; cette exaltation serait dûe à la modification du chimisme gastrique.

Cette question est encore insuffisamment étudiée, et il est difficile de se prononcer d'une façon absolue. Mais la présence d'une flore microbienne très abondante dans les urines doit attirer notre attention.

De nouvelles recherches, plus approfondies, sont à faire dans ce sens. Mais il semble bien qu'on puisse affirmer dès maintenant que le facteur microbien joue un rôle capital dans l'éclosion de colite post-opératoire. Aussi bien la prédisposition de ces sujets, que le choc opératoire, les conditions particulières créées par l'intervention et surtout une irritation accidentelle du colon, purgation, lavements, faute de régime, peuvent sans aucun doute amener une modification de la flore microbienne et une exaltation de la virulence de certains microbes. Ajoutons que c'est avant tout le colibacille qui a été retrouvé dans les urines, aussi bien par M. Schwartz que par M. Girault.

Pour être complet, nous donnons quelques opinions des auteurs qui se sont préoccupés de la pathogénie des colites post-opératoires, mais qui d'une façon générale, ont étudié les formes variées et surtout cette forme grave, survenant après une gastro-enterostomie.

Terrier et Hartmann incriminent la résorption des matières putrides. Stick une faute de régime diététique. Hungrens et Oelnels, Metivet — l'insuffisance pancréatique, Mathieu et Savignac — l'accélération du transit intestinal, l'utilisation défectueuse des aliments, Bierende un trouble circulatoire (paralysie des vaisseaux).

Goldschmidt et Mulleder considèrent en dehors de la modification du chimisme gastrique et de l'exaltation microbienne, des hématomes et suppurations péritonéales, paralysie des vaisseaux, des troubles vaso-sécrétoires.

Bierende, Goldsmidt et Mulleder et d'autres auteurs encore ont pu pratiquer l'autopsie de quelques sujets qui ont succombé à la colite post-opératoire. Ils ont tous trouvé au niveau du colon des lésions d'ordre nécrotique. Il s'agissait donc bien d'une colite.

Il ne nous appartient pas d'insister davantage sur le caractère de cette forme grave de colite. Si nous en avons dit quelques mots c'était pour montrer qu'il existe probablement plusieurs formes de colites post-opératoire.

Quelles relations y a-t-il entre les deux formes que nous avons décrites ? Ont-elles la même pathogénie ?

Cette forme décrite par notre Maître M. Schwartz n'est-elle qu'une forme atténuée de la forme grave.

On ne peut à l'heure actuelle répondre à cette question. La colite post-opératoire n'a pas encore été

assez étudiée. Il y a très peu d'observations concernant ce sujet.

Il y a lieu toutefois d'insister sur ce fait que les observations se rapportant à la forme bénigne (Schwartz, Girault) concernent avant tout des opérations d'appendicites aiguës ou chroniques ; la forme grave par contre se voit de préférence après des gastro-entérectomies.

Nous avons essayé de démontrer tout en insistant sur la pathogénie de la forme décrite par M. Schwartz et celle des autres auteurs que les deux formes pouvaient avoir quelques facteurs pathogéniques communs.

Pour résoudre cette question, il est évident que des nouvelles recherches sont à faire dans ces domaines.

TRAITEMENT

Le traitement doit être préventif et curatif.

Traitement préventif : il est d'une importance capitale.

Deux facteurs étiologiques sont avant tout responsables de l'éclosion d'une colite post-opératoire, ce sont, nous l'avons vu, le passé colitique, et l'irritation accidentelle de l'intestin.

Passé colitique : tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité de traiter la colite avant l'intervention et surtout avant l'appendicectomie.

Jacquet et ses élèves (Kraetz, Julien) ont insisté sur les mauvais résultats des opérations pratiquées sur des sujets atteints d'une colite chronique liée à l'appendicite, surtout si cette colite est accompagnée d'une solarite. Cet auteur conseille de traiter la colite et la solarite avant toute intervention.

Girault insiste également sur la nécessité d'un traitement avant l'intervention, sauf dans les cas où l'intervention s'impose d'une façon immédiate. Si l'infection reste cantonnée à l'intestin, il est habituel, — dit cet auteur — qu'un traitement associé à un régime approprié vienne à bout de cet état. Si au contraire l'infection dépasse le cadre de l'intestin, il conseille la vaccination par voie sous-cutanée, ensuite buccale. Il utilise le vaccin mixte de souches

fécale et urinaire. Nous avons insisté sur ce point, parce que la plupart de nos observations se rapportent justement à des appendicites chroniques. Mais il faut bien savoir que la colite est souvent ignorée tant du malade que du médecin, comme l'a démontré notre maître M. Schwartz.

Irritation accidentelle de l'intestin : nous avons montré son importance. Il faudra donc :

1° Supprimer les purgations et les lavements pré ou post-opératoire.

2° Surveiller sévèrement l'alimentation post-opératoire.

Traitement curatif. Il est extrêmement simple. Dès que l'on soupçonne une complication colitique, le malade doit être mis au repos absolu. Il faudra ensuite instituer une diète hydrique pendant cinq jours au moins et appliquer une vessie de glace sur le ventre. Dans les cas où la douleur est très intense, on aura recours à la médication opiacée. Ce traitement simple est suffisant dans la majorité des cas. Girault signale des bons résultats qu'il a obtenus grâce à la vaccination.

Les auteurs allemands ont recourus dans cette forme grave (dysenteriforme) au repos absolu, régime strictement hydrique, glace sur le ventre et médication opiacée. Ils insistent tout particulièrement sur la médication acide (acide chlorhydrique dilué, dix gouttes trois fois par jour). Ultérieurement ils reviennent progressivement à un régime normal.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*)

Mlle A..., âgée de 18 ans entre dans le service du Dr. Schwartz le 1^{er} décembre 1932 pour appendicite chronique, caractérisée par des troubles qui remontent à deux ans.

Signes fonctionnels. — Douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite, irradiant vers l'ombilic durant toute la journée avec des paroxysmes non rythmés par le repos. Vomissements surtout le matin, céphalée calmée par l'aspirine, état saburral des voies digestives, haleine fétide.

Signes physiques. — A la palpation on révèle une douleur qui siège dans la fosse iliaque droite, sans contracture de la paroi.

Un examen radiographique du tube digestif montre une stase iléo-cœcale, point douloureux correspondant au bord interne du cœcum.

A l'intervention du sept décembre on trouve un appendice adhérent et à la coupe folliculite hémorragique.

L'état de la malade fut excellent pendant deux jours qui suivent l'appendicectomie, évacuation des

gaz dans les 24 heures, selle le troisième jour. Le soir du troisième jour elle a ressentie des douleurs vives dans tout l'abdomen, mais surtout sur le trajet du cadre colique, avec nausées, sans vomissements, de plus la température qui était à la normale remonte le même soir à 39°6 avec un pouls de 136.

A l'examen on relève une douleur abdominale à maximum gauche, s'exaspérant à la palpation, cependant il y a une souplesse de la paroi et même des plans plus profonds, il n'y a pas de gâteaux péritonéaux.

La culture d'urine montre des colonies de colibacilles et d'entérocoques.

On prescrit un traitement diéthétique et de la glace sur le ventre qui provoque une amélioration progressive de tous les symptômes.

Au bout de 15 jours la malade se porte bien et a pu se lever.

OBSERVATION II

A. Schwartz. Paris médical, 28 janvier 1933

Page 85, Réactions coliques post-opératoires

Le 18 mars 1932, le Dr. Schwartz est appelé auprès d'un enfant de huit ans pour une appendicite aiguë. Le diagnostic ne présente aucune difficulté. L'enfant qui a dîné comme d'habitude est pris subitement vers 9 heures du soir d'une douleur vive

et vomit son repas. A 10 heures nouveau vomissement tandis que le faciès s'altère.

Le faciès est manifestement tiré et fatigué. L'enfant souffre spontanément dans la fosse iliaque droite. Température 37° , pouls 120.

Le palper abdominal provoque dans la fosse iliaque droite une contracture de défense qui refoule la main dès que celle-ci touche la peau, partout ailleurs la paroi est souple.

La pression au Mac Burney détermine une douleur vive.

L'appendice est enlevé une heure plus tard, un appendice gros, turgescant, contenant du pus dans sa cavité.

Les suites sont parfaites : évacuation des gaz dans les 24 heures, selles le troisième jour. Le quatrième jour l'enfant est réveillé vers deux heures du matin par une douleur intense de tout le ventre, il se plaint beaucoup et à six heures du matin on constate que sa température est de $39^{\circ}2$ et que son pouls bat à 130.

Glace sur le ventre et diète hydrique.

Le midi la température a baissé : elle est à $37^{\circ}7$, le pouls à 102, à huit heures du soir la température est à 38° le pouls à 90 et le lendemain matin la température est à $36^{\circ}9$ et le pouls à 80. Le drame est terminé sauf que la douleur spontanée et provoquée persiste encore pendant deux jours.

OBSERVATION III

A. Schwartz, Paris Médical, 28 janvier 1933
Page 85, Réactions coliques post-opératoires

Madame V..., 35 ans, consulte en décembre 1920 pour une réaction péritonéale généralisée. Douleur spontanée très violente, ventre ballonné, partout très douloureux à la pression et tendu, la palpation au fond est impossible. A part un seul vomissement, il n'y eut aucune manifestation générale de nature péritonique, pouls 90-100, bien frappé, température autour de 38°, faciès bon ; il y a même eu une selle.

Le toucher vaginal est très douloureux dans le Douglas.

La laparotomie médiane sous-ombilicale dans la région la plus douloureuse. Derrière la paroi on trouve une collection purulente, limitée partout par l'intestin grêle et par le cœcum et dans laquelle flotte un appendice libre et turgescent qui est enlevé ; fermeture de la paroi autour d'un drain.

L'appendice est macroscopiquement sain à l'ouverture. Les suites, au point de vue pariétale sont parfaites. Par contre la malade présente pendant 15 jours des douleurs extrêmement violentes sous forme de coliques qui nécessitent le recours à la morphine et une température qui atteint tous les soirs 40°. Examen bactériologique des urines montre des coli-

bacilles en très grande quantité, et cela pendant toute la durée de la colite.

OBSERVATION IV

A. Schwartz. Paris Médical, 2 janvier 1933

Page 85. Réactions coliques post-opératoires

Madame S..., atteinte d'appendicite chronique est opérée en juin 1922. Opération simple et rapide.

Trois jours après l'intervention, alors que tout est parfait, la colite s'installe : douleur violente intermittente, avec selles fétides et température à 40°.

L'examen physique ne montre absolument rien d'anormal dans la fosse iliaque droite qui est souple. Le colon gauche, par contre est très douloureux. L'examen des urines prises dans la vessie révèle une quantité considérable des colibacilles et des entérocoques.

Tout s'arrange en quelques jours. Mais 15 ou 20 jours plus tard, alors que la jeune femme avait repris une existence normale, un écart de régime provoque une nouvelle poussée de colite, et de nouveau, on trouve dans les urines du coli et de l'entérocoques.

OBSERVATION V

A. Schwartz. Paris Médical, 28 janvier 1933
Page 85, Réactions coliques post-opératoires

Mlle H..., âgée de 7 ans, est opérée d'appendicite chronique en janvier 1911. Une poussée de colite antérieure traîne depuis un mois et on pratique l'intervention malgré cette colite, qui au demeurant, est légère.

L'acte opératoire est extrêmement simple, l'appendice est libre et présente, à l'ouverture une folliculite hémorragique intense.

Température le matin de l'opération 37°7, le soir 39°.

Les suites opératoires immédiates sont tout à fait normales, évacuation des gaz, selles spontanées, état général parfait.

Le quatrième jour, à la suite de l'ingestion d'une cuillerée à café d'huile de ricin, s'installe une douleur diffuse très violente de tout l'abdomen, tandis que la température, qui avait baissée, remonte à 39°.

Au palper, le ventre est douloureux partout, mais surtout sur le trajet du cadre colique.

Traitement — glace et diète.

Une débâcle importante paraît terminer la crise.

Ablation des fils le huitième jour. Tout paraît en parfait état, mais il persiste de la sensibilité abdominale avec un peu de contracture et un peu de fièvre (38° le soir).

Le dixième jour la suture se désunit, et il s'évacue une collection purulente de la fosse iliaque droite.

Au toucher rectal on trouve le bassin occupé par une masse inflammatoire qui se prolonge vers la fosse iliaque gauche et qui fait saillie dans le rectum, où on la ponctionne,

Tout s'arrange, mais il persiste assez longtemps, à gauche de la ligne médiane, un gâteau épiploïque qui disparaît à son tour. Le tout a duré un peu plus de deux mois.

OBSERVATION VI

A, Girault. Arch. de Mal. d'app. dig, p. 1192-1200
Décembre 1930

Madame de S. H..., présente des phénomènes de colite depuis de longues années et même pendant sa première enfance.

Au cours d'une grossesse, a présenté du pus dans les urines et des brûlures à la miction.

Les symptômes intestinaux n'étaient toutefois pas très accusés, quand une prédominance de sensibilité à droite aiguille les idées du côté de l'appendicé et l'intervention a lieu en 1928. Le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ne fut pas amélioré par l'opération et petit à petit s'accusèrent des vertiges, des céphalées sus-orbitaires ténaces, de la

névrite des extrémités. En même temps la malade présentait une douleur dans la région lombaire droite.

Les évacuations étaient ou retardées ou sous forme de débâcles.

La culture d'urine montre des colonies extrêmement abondantes de colibacilles.

Traitée par la vaccination par os et sous-cutanée du vaccin de souche mixte, elle vit disparaître d'abord les maux de tête et les vertiges, puis l'intestin présentait des évacuations normales. Une nouvelle culture d'urine faite dans les mois suivants fut négative.

L'année suivante, bien que l'état intestinal fut resté bon, la malade accusa de nouveau des vertiges et quelques maux de tête au réveil. Aucune douleur n'était notée à l'exploration de l'abdomen. Une culture d'urine montra quelques colonies d'enterococcus pures.

Une nouvelle vaccination fit disparaître ces accidents.

OBSERVATION VII

W. Goldschmidt et A. Mulleder (Mitt. a. d. Granzgeb. d. med. u. chir. Jena 1920, p. 567-586 XXXII)

Malade âgé de 58 ans.

Opéré le 29 novembre 1919 ; opération de Kromlein-Mikulicz pour un ulcère de la petite courbure.

Le 7 décembre : diarrhée, sept selles sanguinolentes et glaireuses. Le malade demande des aliments acides.

8 décembre : on administre XV gouttes d'acide chlorhydrique dilué.

Ténésmes. Examen des matières au point de vue de bacilles dysentériques demeure négatif.

9 décembre : glaires sanguinolentes sans ténésmes. Acide chlorhydrique est administré.

11 décembre : les matières redeviennent normales.

Régime : lait, œufs, purée.

13 décembre : acide chlorhydrique une fois par jour. Le malade se plaint de renvois. Trois selles, dont une glaireuse.

18 décembre : appétit satisfaisant. Selles normales.

24 décembre : le malade sort guéri.

CONCLUSION

1. La colite post-opératoire dans sa forme habituelle est une complication fréquente et banale surtout après l'appendicectomie. Elle apparaît généralement quelques jours après l'intervention. Elle est caractérisée par :

a) une douleur assez vive, intermittente marquée surtout sur le trajet colique.

b) une température élevée de type variable et de courte durée.

c) un pouls rapide en rapport avec la température et bien frappé.

d) la persistance de l'évacuation des gaz, absence de contracture de la paroi abdominale et rareté des vomissements.

e) bactériurie abondante (colibacille, entérocoque).

2. La colite post-opératoire évolue généralement en quelques jours. Le pronostic est bon.

3. Le diagnostic ne présente dans la majorité des cas aucune difficulté si l'on y pense.

4. Cette colite a été observée dans le cas de l'appendicectomie. Elle peut toutefois survenir après d'autres interventions abdominales.

5. L'éclosion d'une colite post-opératoire est presque toujours le témoignage, l'existence d'une colite antérieure souvent ignorée du malade et du chirurgien, d'où la règle à propos de l'appendicite chronique de rechercher cliniquement avec soin des signes de colite discrets.

6. Elle est le plus souvent provoquée par une irritation accidentelle du colon (purgation, lavements post ou pré-opératoires, faute de régime.)

7. Le facteur microbien semble jouer un rôle dans l'éclosion de la dite complication.

8. Le traitement doit être préventif et curatif.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD

Vu : *Le Président,*
J. L. FAURE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie,
J. PERRON

BIBLIOGRAPHIE

- A. SCHWARTZ. — Réactions coliques post-opératoires (Paris Méd., N° 4. 28 janvier 1933).
- A. GIRAULT. — De certaines conséquences d'appendicectomie chez les colitiques. (Arch. d. mal. de l'app. dig. 20 : page 1192-1200, décembre 1930).
- F. BIERENDE. — Ueber postoperative proctitis und colitis (Mitt. a. d. Granzgeb. d. med. u. chir. Jena 1920. XXXII. 85-93).
- W. GOLDSMIDT et A. MULLEDER. — Ueber postoperative Darmstörungen mit besonderer Berücksichtigung der colitis (Mitt. a. d. rGanzgeb. d. med. u. chir. Jena 1920. XXXII. p. 567-586).
- A. MATHIEU et R. SAVIGNAC. — Etude sur les troubles intestinaux consécutifs à la gastro-entérectomie (Arch. de l'app. dig. 1913, Vol. 7).
- METIVET. — Remarques sur le fonctionnement des bouches de gastro-enterostomie. (Presse Médicale, 1920).
- TROLL. — Deutsche Zeitschrift f. Chir. 149.1919.
- JACQUET. — Arch. d. mal. de l'app. dig., Déc.1930, p. 1200.
- JULIN. — Thèse de Paris, 1933.



